

## Polityka zdrowotna w systemie nauk o polityce publicznej

Korporowicz, Violetta

Veröffentlichungsversion / Published Version  
Zeitschriftenartikel / journal article

### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Korporowicz, V. (2015). Polityka zdrowotna w systemie nauk o polityce publicznej. *Studia z Polityki Publicznej / Public Policy Studies*, 2(1), 47-62. <https://doi.org/10.33119/KSzPP.2015.1.3>

### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:  
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

### Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more Information see:  
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

## Polityka zdrowotna w systemie nauk o polityce publicznej

---

### Streszczenie

Przedmiotem opracowania jest wskazanie na wielowątkowość problemów badanych na gruncie nauk o polityce publicznej, w tym wagę polityki zdrowotnej w wyjaśnianiu rzeczywistości społecznej po to, aby poprzez rozwiązywanie problemów o charakterze publicznym zaspokajać liczne potrzeby społeczeństwa, a wśród nich potrzeby zdrowotne. Jedną z nauk, która wyjaśnia problemy społeczne i mieści się w obszarze zainteresowań polityki publicznej jest polityka zdrowotna. Polityka ta ma, podobnie jak polityka publiczna, dwa wymiary, tzn. aplikacyjny i teoretyczny. W wymiarze aplikacyjnym istotna jest aktywność wszystkich podmiotów życia społecznego wpływająca na świadomość kształtowania zasobów zdrowotnych. Zaś w teoretycznym, czyli jako nauka – polityka zdrowotna podejmuje teoretyczne problemy związane m.in. z zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych indywidualnych i zbiorowych ludności. Jednak w istniejących definicjach polityki zdrowotnej brak jest odniesienia do potrzeb zdrowotnych. Można jedynie założyć, że ta kategoria występuje intuicyjnie, ponieważ trudno sobie wyobrazić liczne działania i podejmowane decyzje w celu zaspokajania przez system zdrowotny potrzeb – bez ich zidentyfikowania.

W polityce zdrowotnej o charakterze praktycznym ważnym zadaniem jest nauczanie społeczeństwa odpowiedzialności za własne zachowania wpływające na zdrowie. Zagadnieniem umiejętności odpowiedzialnego, samodzielnego kształtowania zdrowia zajmuje się edukacja zdrowotna. Ten rodzaj edukacji stanowi ważny fragment działań w zakresie wdrażania polityki publicznej, ponieważ jej zadaniem jest nie tylko przekazanie wiedzy, ale też wykształcenie umiejętności dokonywania świadomych wyborów i podejmowania decyzji w celu kształtowania się społeczeństwa demokratycznego o samodzielnym sposobie myślenia.

Aplikacyjnym wątkiem polityki zdrowotnej jest też poprawa zarządzania sektorem ochrony zdrowia. W tym aspekcie ważna jest organizacja procesu leczenia, która ma zapewnić warunki medyczne do wszechstronnej opieki nad pacjentem, co powinno wpłynąć na poprawę istniejących stosunków o charakterze publicznym.

**Słowa kluczowe:** polityka publiczna, polityka zdrowotna, edukacja zdrowotna, zarządzanie ochroną zdrowia.

---

---

## Health systems in public policy sciences

---

### Abstract

The aim of this paper is to indicate a diverse nature of the issues investigated in public policy sciences, particularly emphasizing the importance of the health policy in explaining social reality. By resolving public problems, numerous needs of society, inter alia, health needs can be met. One of the sciences which explains social problems and public policy has an interest in is the health policy. Both the health policy and public policy have two dimensions, i.e. applicable and theoretical. In terms of 'applicable' one, active participation of all social life entities affecting awareness of developing health resources is vital. And in the theoretical one, as a science, health policy addresses theoretical problems related to satisfying health needs of individual and collective populations. However, in the existing definitions of the health policy, there is no reference to "health needs". One can only assume that this category is used intuitively as it is hard to imagine numerous activities and decisions taken without identifying the needs, so that the health system could meet them. Reverting to health policy in its practical sense it is crucial to teach the public responsibility for their own behavior towards health. Health education deals with the skills needed to care about health in an accountable and independent way. This kind of education plays an important part in the implementation of public policy since its task is not only to transfer knowledge, but also to develop skills to make informed choices and decisions and thus to shape a democratic society with an independent way of thinking. The applicable role of the health policy is to improve the management of the health sector. In this respect, the organization of the treatment process, which is to provide comprehensive medical care for patients and therefore to improve the existing relations of a public nature, is essential.

**Keywords:** public policy, health policy, health education, health care management.

---

Polityka publiczna (*public policy, public affairs*) jest to obszar systemowych działań państwa i społeczeństwa oscylujących wokół problemów ogólnospołecznych. Jest to aktywność państwa oraz podmiotów samorządowych i organizacji pozarządowych, zmierzająca do kształtowania ogólnych warunków pracy i bytu ludności, pożądanych struktur oraz stosunków społecznych, w których przy współdziałaniu społeczeństwa możliwe jest najbardziej efektywne i sprawiedliwe zaspokajanie potrzeb obywateli.

Polityka publiczna ma nie tylko aspekt aplikacyjny, ale jest to też nauka o charakterze interdyscyplinarnym, na gruncie której podejmowane są teoretyczne problemy związane m.in. z zaspokajaniem licznych potrzeb indywidualnych i zbiorowych ludności. W tym celu niezbędne jest poznanie, jak funkcjonuje państwo oraz systemy ekonomiczno-społeczne czy polityczne.

Jedną z nauk, która mieści się w obszarze zainteresowań polityki publicznej jest polityka zdrowotna. Polityka ta ma również, podobnie jak polityka publiczna, dwa wymiary, tzn. aplikacyjny i teoretyczny. W wymiarze aplikacyjnym istotne jest zwracanie uwagi przez władze publiczne na aktywność wszystkich podmiotów życia społecznego wraz z poszczególnymi ludźmi skierowaną na budowanie świadomości kształtowania zasobów zdrowotnych, co jest szczególnie istotne w poprawie stanu zdrowia społeczeństwa. Zaś w wymiarze teoretycznym, czyli jako nauka – polityka zdrowotna podejmuje teoretyczne problemy związane m.in. z odpowiedzialnym zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych indywidualnych i zbiorowych ludności. Odpowiedzialność ta powinna być związana z samodzielnymi, ugruntowanymi postawami społecznymi wobec otaczającego świata<sup>1</sup>. Zagadnieniem umiejętności odpowiedzialnego, samodzielnego kształtowania zdrowia zajmuje się edukacja zdrowotna.

Edukacja ta polega na przekazaniu wiedzy, która dotyczy ciągłej kontroli nad zdrowiem, jego ochrony i zapobieganiu chorobom, umiejętności korzystania z pomocy służby zdrowia oraz samodzielności w podejmowaniu decyzji związanych z własnym zdrowiem. Kolejnym aplikacyjnym wyzwaniem w sferze polityki publicznej, a w szczególności polityki zdrowotnej, jest poprawa zarządzania zdrowiem, które dotyczy zarówno samego zjawiska zdrowia i zdrowia w relacji czy odniesieniu do grup społecznych, jak również zarządzania sektorem ochrony zdrowia, w tym podmiotami leczniczymi. W drugim aspekcie ważna jest organizacja procesu leczenia, która ma zapewnić warunki medyczne do wszechstronnej opieki nad pacjentem.

Celem opracowania jest wskazanie na wielowątkowość problemów badanych na gruncie nauk o polityce publicznej, w tym wskazanie na wagę polityki zdrowotnej w wyjaśnianiu rzeczywistości społecznej po to, aby poprzez rozwiązywanie problemów o charakterze publicznym zaspokajać liczne potrzeby społeczeństwa, a wśród nich potrzeby zdrowotne.

## Polityka publiczna – wymiar aplikacyjny i teoretyczny

Rozwój polityki publicznej sięga lat 20. XX w., kiedy H.D. Lasswell zaproponował pojęcie „polityk publicznych”, których zadaniem jest podejmowanie problemów

---

<sup>1</sup> To wymaga podjęcia szeroko zakrojonych, wielosektorowych i długookresowych działań, wskazujących na aktywny udział społeczeństwa w kształtowaniu zdrowia. Zadaniem tej aktywności ma być ułatwienie dokonywania zmian stylu życia, poprzez m.in. wzrost aktywności fizycznej czy ograniczanie nałogów. Te zmiany powinny być pomocne w kreowaniu zachowań zdrowotnych. Istotą tych zachowań jest kształtowanie niekonsumpcyjnego systemu wartości, w którym zdrowie nie jest tylko dostarczane, a następnie konsumowane, ale i samodzielnie kształtowane.

rozwiązywania konfliktów o charakterze publicznym. Polityka publiczna jest to sfera zrationalizowanych i systemowych działań państwa na rzecz społeczeństwa zogniskowanych wokół problemów publicznych. Jest to także dyscyplina nauk społecznych<sup>2</sup>.

Polityka publiczna to sfera działań o istotnym charakterze aplikacyjnym, której zadaniem jest ograniczanie, a zarazem łagodzenie negatywnych skutków rozwoju gospodarki oraz dokonywanie najkorzystniejszych wyborów w sferze publicznej i prywatnej. W tym ujęciu działania zogniskowane są ogólnie na samym problemie, co oznacza, że mają odniesienie do rozstrzygnięć, przed którymi stoi władza publiczna w zakresie różnych obszarów interwencji publicznej, np. walki z bezrobociem i jego skutkami czy poszerzaniem zakresu opieki medycznej. Ważny w tym ujęciu jest też zakres polityki publicznej, który dotyczy aktywności w sferze nie tylko gospodarczej, ale również środowiskowej czy kulturalnej. Dopiero działania w wymienionych sferach powinny pozytywnie wpływać na harmonijny rozwój społeczeństwa.

Polityka publiczna traktowana jest też jako działalność instytucji różnego typu, w tym państwowych, mających na celu wyrównywanie szans w osiągnięciu awansu społecznego czy poprawę stanu i warunków życia obywateli danego kraju<sup>3</sup>. W takim podejściu jest to kształtowanie warunków życia, które sprzyjałyby rozwojowi społeczeństwa<sup>4</sup>.

Uzupełniając tę myśl, można dodać, że jest to metoda kształtowania stosunków o charakterze publicznym poprzez oddziaływanie w formach instytucjonalnych, nawet jeśli się przyjmie, że na efekt zmian wpływają również zachowania i postawy spontaniczne. W ten sposób zdefiniowane zadania polityki publicznej wskazują na takie obszary jej oddziaływania, które mają również odniesienia polityczne. Bez wyborów właśnie o charakterze politycznym nie można działać na rzecz np. ułatwienia dostępu do oświaty, kultury czy usług medycznych. Jest to umiejętność kształtowania stosunków społecznych. Jednocześnie punkt ciężkości w takim ujęciu jest położony na instytucje, które mają tu sprawczy charakter.

Polityka publiczna rozumiana jest też jako dyscyplina nauk społecznych, nauka interdyscyplinarna, na gruncie której bada się m.in. przemiany społeczne na skutek celowej działalności instytucji o charakterze publicznym i określa metody

---

<sup>2</sup> H.D. Lasswell, H. Dwight, *World revolutionary elites. Studies in coercive ideological movements*, Cambridge, M.I.T. Press, 1965, s. 31.

<sup>3</sup> L. Gilejko, *Zmiany w strukturze społecznej – dylemat granic zróżnicowania*, w: *Polityka społeczna. Globalna i lokalna*, red. A. Kurzynowski, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 1999, s. 68.

<sup>4</sup> Podnoszony jest problem użycia pojęcia „rozwój” w stosunku do polityki publicznej. Pojęcie rozwoju – zgodnie z tą opinią – nie ma w swojej wartości semantycznej konotacji wartościującej. Stąd propozycja, aby używać pojęcia postęp, które oznacza doskonalenie oraz regres jako jego przeciwieństwo. Jednak trzeba mieć na uwadze również fakt, że nie każdy postęp w relacjach społecznych jest pozytywny, np. postęp choroby czy postęp degradacji środowiska.

przeprowadzania tych zmian. Na rozwój tej dyscypliny wpływ miało stworzenie w latach 30. ubiegłego wieku podstawy analizy kosztów i korzyści (*cost-benefit analysis*, CBA)<sup>5</sup>. Jest to metoda oceny efektywności inwestycji i projektów biorąca pod uwagę całość przewidywanych korzyści i kosztów, z uwzględnieniem kosztów zewnętrznych (np. środowiskowych, społecznych)<sup>6</sup>.

Przedmiotem dociekań nauk o polityce publicznej są zatem zmiany zachodzące w strukturze społecznej pod wpływem celowej działalności grup społecznych oraz instytucji publicznych. Jest to również nauka, która ma na celu wyjaśnianie źródeł konfliktów, a zarazem metod ich rozwiązywania czy rozstrzygania na gruncie publicznym<sup>7</sup>. Nauka ta stawia sobie za zadanie z jednej strony rozwój wiedzy oraz metod badawczych w obrębie różnych dziedzin polityki, z drugiej zaś szuka sposobów najbardziej celowego przeprowadzania zmian i wyborów w rzeczywistości publicznej<sup>8</sup>.

Wybory o charakterze publicznym dokonywane są w celu rozwiązywania licznych problemów społecznych, politycznych, gospodarczych, kulturowych, środowiskowych. To powoduje, że badania na gruncie nauk o polityce publicznej mają charakter wielowątkowy. Wielowątkowość ta implikuje pewne trudności badawcze, co wymaga wykorzystania dorobku licznych dyscyplin wiedzy. Wynika to zarówno ze specyfiki oraz charakteru poszczególnych dyscyplin, jak i licznych czynników warunkujących procesy społeczne w dynamicznie zmieniającej się przestrzeni publicznej, która jest opisywana, ale często nie do końca zidentyfikowana.

Wiedza z zakresu nauk publicznych ma decydujące znaczenie dla kształtowania, analizy i planowania strategicznego, również w ramach poszczególnych obszarów polityki o charakterze sektorowym (przykładem jest polityka zdrowotna). Stąd, wskazując specjalności w zakresie nauk o polityce publicznej, należy uwzględniać zróżnicowanie i złożoność polityki w ramach poszczególnych obszarów działania organów władzy publicznej.

Wiedza teoretyczna, w tym poznanie mechanizmów celowej działalności państwa w zamiarze rozwiązywania m.in. napięć społecznych, oraz uzyskane wyniki badań naukowych w zakresie np. warunków bytu ludności i ich przestrzennego zróżnicowania daje podstawę do prowadzenia skutecznej praktyki publicznej. Bez tych działań nie może powstać ani dobra teoria polityki społecznej, ani dobra praktyka.

<sup>5</sup> R. Chrabąszcz, M. Zawicki, *Nauki o polityce publicznej*, w: *Wprowadzenie do nauk o polityce publicznej*, red. nauk. M. Zawicki, PWE, Warszawa 2014, s. 24–25.

<sup>6</sup> A. Boardman, D. Greenberg, A. Vining, D. Weimer, *Cost-Benefit Analysis: concepts and practice*, Prentice Hall, London 2010, s. 21–23.

<sup>7</sup> S.S. Nagel, *The policy studies perspectives*, "Public Administration Review" 1980, no. 4.

<sup>8</sup> D.C. Colander, *Complexity and the art of public policy. Solving society's problems from the bottom up*, Princeton University Press, Princeton, New York, Oxford 2014, s. 121.

Ponadto polityka publiczna w aspekcie teoretycznym podejmuje problemy wyjaśniania, a następnie wskazuje na drogi rozwiązywania konfliktów społecznych czy wyrównywania szans życiowych poprzez np. rozwijanie opieki zdrowotnej. Ten nurt polityki publicznej nazwany został polityką ochrony zdrowia. Jest to zatem zależność o charakterze zwrotnym. Obserwuje się związek nie tylko między koncepcją polityki publicznej a koncepcją polityki zdrowotnej, którymi są bez wątpienia, np. teoria rozwoju sektora usług ochrony zdrowia i usług edukacyjnych. Istotnym ogniwem łączącym nauki o polityce publicznej z polityką zdrowotną wydaje się kształtowanie samodzielnych i odpowiedzialnych zachowań i niezależności poglądów już od najmłodszych lat.

## Polityka zdrowotna a edukacja i zarządzanie sferą usług zdrowotnych

Polityka zdrowotna, co zostało już powiedziane, wywodzi się z polityki publicznej. Jest to, podobnie jak w wypadku polityki publicznej, zarówno działalność praktyczna jak i dyscyplina naukowa. Aczkolwiek polityka zdrowotna częściej jest utożsamiana z działalnością praktyczną niż dyscypliną naukową. Uważa się bowiem, że ma charakter bardziej aplikacyjny niż teoretyczny. Realizacja polityki zdrowotnej jako działalności praktycznej może służyć rozwojowi narzędzi badawczych polityki ochrony zdrowia jako nauki<sup>9</sup>.

Jednak trzeba pamiętać o podrzędności tej dyscypliny w stosunku do polityki publicznej. Można też zastanawiać się nad zasadnością oddzielania ochrony zdrowia od polityki publicznej, gdyż polityka publiczna i polityka ochrony zdrowia mają np. wspólne obszary działania czy wspólną metodologię badań. Ale trzeba podkreślić, że polityka zdrowotna czerpie inspiracje z polityki publicznej, a także następuje rozwój wiedzy w zakresie polityki publicznej poszerzony o ogólną refleksję na temat polityki zdrowotnej. Trudno byłoby analizować problemy zdrowotne w oderwaniu od takich zagadnień jak bezrobocie i jego skutki, alkoholizm, edukacja czy warunki bytu. Dlatego niejednokrotnie politykę zdrowotną uważa się za część polityki publicznej<sup>10</sup>.

Na gruncie polityki zdrowotnej jako dyscypliny naukowej badane są m.in. zachowania zdrowotne, mające bezpośredni wpływ na kształt zdrowia człowieka. Zachowania te nie biorą się same z siebie, a kształtowane są w środowisku społecznym. Środowisko

<sup>9</sup> P.R. Agénor, *Public capital, growth and welfare. Analytical foundations for public policy*, Princeton University Press, Princeton, Oxford 2013, s. 34.

<sup>10</sup> C.W. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne "Vesalius", Łódź, Kraków, Warszawa 1996, s. 25–26.



to wywiera wpływ na tworzenie i utrwalanie różnych zachowań, nawyków oraz dokonywanie rozlicznych wyborów. Polityka zdrowotna w tym nurcie analizuje i bada zasady niezbędne do urzeczywistniania założonych celów zdrowotnych. Określa ona też metody powrotu do zdrowia czy przywracania zdrowia poprzez leczenie chorób, usuwanie schorzeń oraz utrzymanie i wzmacnianie zdrowia<sup>11</sup>.

Powracając do wątku polityki zdrowotnej jako aktywności państwa, należy zauważyć, że oznacza ona „przyjęcie koncepcji ochrony zdrowia obywateli, której wyrazem jest system zorganizowanych działań, urzędzeń, instytucji i norm prawnych służących zdrowiu społeczeństwa”<sup>12</sup>. Definicja ta informuje o zakresie zadań i odpowiedzialności państwa. Znacznie szersze ujęcie polityki zdrowotnej zawarte jest w opinii stwierdzającej, że daje ona „[...] wyodrębnić się procesem instytucjonalnie wywołanych zdarzeń, odnoszących się do spraw zdrowia w skali ponadjednostkowej, w którym to procesie obecne są rozstrzygnięcia o charakterze władczym. Elementami tego procesu mogą być decyzje o podjęciu, jak i decyzje o niepodejmowaniu działań, działania podjęte i zrealizowane oraz działania niepodjęte i zaniechane. Jego elementami mogą być także tezy ideologiczne i sądy wartościujące, które ukierunkowują i uzasadniają decyzje, czy też aktywny lub bierny stosunek do problemu”<sup>13</sup>. Ta definicja, mimo rozbudowanych cech oraz ze względu na jej zakres, nawiązuje do licznych działań o charakterze publicznym. Brak w niej jest natomiast informacji zwrotnych co do faktycznych odniesień i implikacji społecznych, a przede wszystkim odniesienia do potrzeb zdrowotnych. Można jedynie domniemywać, że ta kategoria występuje domyślnie, ponieważ trudno sobie wyobrazić liczne działania i podejmowane decyzje bez istniejących realnie potrzeb, tak aby poprzez system zdrowotny je zaspokajać<sup>14</sup>.

Celem nadrzędnym polityki zdrowotnej jako działania jest niedopuszczenie do pogorszenia stanu zdrowia ludności oraz utrzymanie takiej struktury zdrowotnej społeczeństwa, która zapobiec powinna ograniczaniu liczby ludności, co w obliczu narastania kryzysu demograficznego w naszym kraju może być zadaniem niezwykle trudnym. Kolejnym celem nadrzędnym polityki zdrowotnej w jej wymiarach aplikacyjnych jest stworzenie takich warunków życia, które zapewnią poprawę stanu zdrowia społeczeństwa. Celem szczegółowym jest dążenie do umożliwienia każdemu obywatelowi aktywnego uczestnictwa w kształtowaniu zasobów zdrowotnych poprzez

<sup>11</sup> V. Korporowicz, *Promocja zdrowia. Kształtowanie przyszłości*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2008, s. 63.

<sup>12</sup> M. Miśkiewicz, *Ochrona zdrowia*, w: *Polityka społeczna*, red. A. Rajkiewicz, PWE, Warszawa 1976, s. 230.

<sup>13</sup> W.C. Włodarczyk, op.cit., s. 37.

<sup>14</sup> V. Korporowicz, *Polityka zdrowotna i ludnościowa w Polsce jako przykłady polityki publicznej*, w: *Polityka publiczna we współczesnym państwie*, red. nauk. J. Osiński, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2014, s. 303–304.



różne formy aktywności, np. ograniczenie spożycia alkoholu, ograniczenie palenia papierosów czy zwiększenie aktywności ruchowej<sup>15</sup>. Jest to wprowadzanie w życie hasła „twoje zdrowie w twoich rękach”. Ma ono za zadanie przygotowanie do niezależnego, twórczego życia poprzez kształtowanie się społeczeństwa demokratycznego o samodzielnym sposobie myślenia. Jest to związane ze stylem życia, który wyznaczać będzie konkretne zachowania, przyzwyczajenia i nawyki. Ważnym zadaniem jest tu promowanie odpowiedzialności za własne zachowania wpływające na stan zdrowia.

Aplikacyjny wątek polityki ochrony zdrowia urzeczywistniany jest w następujących sferach:

- profilaktyce, która polega na ograniczaniu chorób i wypadków, zogniskowanej na grupach ryzyka,
- leczeniu osób chorych,
- rehabilitacji, której zadaniem jest przywrócenie do zdrowia ludzi po przebytych chorobach czy wypadkach poprzez odnowienie ich sprawności fizycznej i poczucia przydatności społecznej,
- promocji zdrowia.

Politykę zdrowotną jako system związany z aktywnością praktyczną kształtują czynniki ekonomiczne i polityczne. Czynniki ekonomiczne, przez większość teoretyków uznawane są za podstawowe, gdyż od sytuacji gospodarczej kraju zależy poziom badań i realizacja założeń polityki gospodarczej. Czynniki polityczne to te, do których należy zaliczyć całą orientację ideologiczną. Wpływa ona na określenie celów i preferencji społecznych, a to z kolei na posunięcia i decyzje z zakresu realizacji programów, w których mieszczą się np. programy zdrowotne będące wynikiem czynników ekonomicznych i politycznych, związane konsekwencjami zidentyfikowanymi w teorii przejścia demograficznego.

Pojawiają się też opinie na temat zakresu i sposobu implementacji teorii polityki zdrowotnej na grunt społeczny. Można zacytować różne podejścia i rozumienia polityki zdrowotnej właśnie jako działalności praktycznej. Jedno z nich dotyczy stwierdzenia, że kreują ją grupy społeczne, które wpływają na sytuację instytucji tworzących system ochrony zdrowia. Na ten system składają się działania publicznych i prywatnych organizacji kształtujących tę politykę. Do tego celu niezbędna jest również diagnoza wydatków na ochronę zdrowia, w tym na opiekę medyczną, rehabilitację czy rekreację. Diagnoza ta odbywa się z reguły w warunkach deficytu środków<sup>16</sup>. Realizacja przez państwo polityki zdrowotnej, która jest uwikłana w całe

<sup>15</sup> L. Frąckiewicz, *Polityka ochrony zdrowia*, w: *Ochrona zdrowia jako problem konsumpcji społecznej*, red. L. Frąckiewicz, AE im. K. Adamieckiego, Katowice 1991, s. 51.

<sup>16</sup> A. Kurzynowski, P. Błędowski, *Polityka społeczna centralna, regionalna i lokalna*, w: *Polityka społeczna*, red. A. Kurzynowski, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2003, s. 300–301.

spektrum zależności ekonomicznych, politycznych i demograficznych, oznacza projektowanie i wdrażanie procesu zmian systemowych. Do tego niezbędna jest społeczna akceptacja i gotowość do uczestnictwa w przeprowadzanych zmianach<sup>17</sup>. Jest to proces związany ze stworzeniem strategii polityki zdrowotnej o jasno określonym celu. Tym celem powinna być niezmiennie poprawa stanu zdrowia, ale przy uwzględnieniu kosztów niezbędnych do jej zrealizowania<sup>18</sup>.

W aplikacyjnym wymiarze polityki zdrowotnej wyróżniamy też dwa podejścia do aktywności praktycznej, wyjaśniane jako działania indywidualne i zbiorowe. Polityka zdrowotna w znaczeniu działalności praktycznej, rozumianej jako zbiór działań indywidualnych, ma za zadanie „[...] wpływać na ułatwienie dokonywania indywidualnego wyboru tego, co lepsze z punktu widzenia poprawy i zachowania zdrowia, na dokonywanie zmian w środowisku życia, nauki i pracy, zmian w zakresie indywidualnego ryzyka zdrowotnego, odporności na czynniki szkodliwe dla zdrowia oraz na rozwijanie technologii nieszkodliwych dla zdrowia”<sup>19</sup>. Kontynuując wątek działań indywidualnych, stwierdza się, że są to wybory najważniejszych problemów, celów i sposobów interwencji, mających wpłynąć na poprawę stanu zdrowia<sup>20</sup>. Takie podejście do polityki zdrowotnej jest szczególnie ważne z punktu widzenia kształtowania zasobów zdrowotnych, gdyż eksponuje ono samodzielny charakter działań w zakresie poprawy tego stanu, a nie jest narzucone ogólnym schematem postępowania, czyli akcent położony jest tu na różnorodne indywidualne działania, które mogą być kształtowane w systemie demokratycznym.

Polityka zdrowotna – w znaczeniu aktywności praktycznej rozumianej jako zbiór działań zbiorowych – oznacza, że wpływa ona na sposób rozdzielania zasobów pomiędzy rywalizujące między sobą grupy społeczne<sup>21</sup>. W takim podejściu brak jest refleksji, komu ma służyć tak rozumiana polityka zdrowotna i w jakim celu jest prowadzona<sup>22</sup>. Taki nurt aktywności koncentruje się na metodach podziału różnego typu zasobów, w których istotne są zasoby finansowe, i na określeniu kierunków ich alokacji.

Podsumowując ten fragment rozważań, warto przytoczyć opinię, która sumuje wszystkie podnoszone aspekty polityki zdrowotnej w oglądzie działań zbiorowych

<sup>17</sup> L. Frąckiewicz, *Konsumpcja społeczna*, AE im. K. Adamieckiego, Katowice 1991, s. 52.

<sup>18</sup> M.D. Głowacka, *Wybrane uwarunkowania zarządzania promocją zdrowia*, w: *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe*, red. M.D. Głowacka, Wyd. Wolumin, Poznań 2000, s. 12–13.

<sup>19</sup> J.B. Karski, *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*, CeDeWu, Warszawa 2003, s. 18.

<sup>20</sup> J.P. Jarrel, *Epidemiology and ethics. The policy-maker's perspective*, w: *Ethics and epidemiology. International guidelines*, red. Z. Bankowski, J.H. Bryant, J.M. Last, Geneva 1991, s. 143.

<sup>21</sup> D.L. Patric, P. Ericson, *Health status and health policy*, Oxford University Press, Oxford, New York 1993, s. 418–419.

<sup>22</sup> V. Korporowicz, *Promocja...*, s. 65–66.

i jako procesu, gdyż „[...] odnosi się do decyzji, planów i działań, które podejmowane są w celu osiągnięcia konkretnych celów opieki zdrowotnej w społeczeństwie. (...) Określa wizję przyszłości, która z kolei pomaga ustalić cele i punkty odniesienia w perspektywie krótko i średnioterminowej. To wyznacza priorytety oraz oczekiwane role poszczególnych grup”<sup>23</sup>.

W ramach polityki zdrowotnej jako aktywności praktycznej, zawarta jest edukacja zdrowotna (*health education*). Stanowi ona system kształtowania wiedzy, świadomości, postaw i zachowań ludzkich w różnych sferach, np. ekonomicznej, społecznej i kulturowej. Edukacja zdrowotna jest częścią edukacji ogólnej<sup>24</sup>. Stąd edukacja zdrowotna wykorzystuje aparat pojęciowy zarówno edukacji ogólnej, jak i doświadczenia innych dyscyplin, takich jak biologia, medycyna, statystyka, psychologia, pedagogika czy socjologia.

Edukacja zdrowotna jest to proces pedagogiczny, który ma skłaniać do działań w kierunku nieustannej poprawy stanu zdrowia, przez co ma ona związek z podnoszeniem jakości życia i tworzeniem dobrego fizycznego, społecznego i psychicznego samopoczucia człowieka. Obejmuje nie tylko to, co jest korzystne lub szkodliwe dla zdrowia, lecz także rozwija umiejętności i postawy, które pomogą człowiekowi skutecznie stosować tę wiedzę<sup>25</sup>. Jej cechą charakterystyczną jest wytwarzanie nawyków bezpośrednio lub pośrednio związanych z ochroną i doskonaleniem zdrowia fizycznego, społecznego i psychicznego; pobudzeniem pozytywnego zainteresowania sprawami zdrowia; kształtowaniem postaw umożliwiających stosowanie zasad skutecznej pielęgnacji; wyrabianiem odpowiednich sprawności w licznych jej wymiarach.

Ten rodzaj edukacji stanowi ważny fragment działań w zakresie wdrażania polityki publicznej, ponieważ jej zadaniem jest nie tylko przekazanie wiedzy, ale i kreowanie potrzeb społecznych, następnie wykształcenie umiejętności dokonywania świadomych wyborów i podejmowania decyzji na rzecz poprawy istniejących stosunków poprzez zmianę zachowań publicznych<sup>26</sup>. Jest to zatem planowy i systematyczny proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i społeczności, w wyniku czego następują zmiany ich zachowań, postaw, umiejętności.

---

<sup>23</sup> *Health policy*, w: *Health topics*, WHO, [http://www.who.int/topics/health\\_policy/en/](http://www.who.int/topics/health_policy/en/), dostęp 13.05.2015.

<sup>24</sup> Edukacja jest to termin niejednoznaczny i niejednoznacznie umiejscawiany w systemie zadań społecznych, często nadal utożsamiany z kształceniem lub wychowaniem. Niezależnie od różnic terminologicznych, to edukacja jest procesem, który musi sprzyjać kształtowaniu umiejętności adaptacji jednostek do zmieniającej się rzeczywistości, uczestniczeniu w życiu społecznym, ekonomicznym, a także kreowaniu nawyków prawidłowego korzystania ze środowiska w wymiarze społecznym, psychicznym i fizycznym. Ogromne zadanie ciągłego podnoszenia jakości procesu edukacji poprzez wzrost jej skuteczności związane jest z planowanym i systematycznie realizowanym procesem edukacyjnym.

<sup>25</sup> J. Kemm, A. Close, *Health promotion. Theory and practice*, MacMillan, London 1995, s. 92.

<sup>26</sup> A. Gaweł, *Teoretyczne konteksty wychowania zdrowotnego*, „Kwartalnik Pedagogiczny” 2005, nr 2.

Odpowiedzialność za zdrowie powinna być związana zarówno z opieką medyczną, jak również z samodzielną opieką i kontrolą swojego zdrowia. Nie tylko lekarze i personel medyczny powinni odpowiadać za stan zdrowia, ale każdy z nas z osobna. W takim podejściu własne zdrowie zależy również od nas samych i nie można poprzestać tylko na biernym stosowaniu się do zaleceń lekarzy, ale należy czynnie kształtować i powiększać zasoby zdrowotne poprzez np. ruch, dietę czy pracę i pokonywanie własnych słabości. Dlatego „samoopieka” poprzez decyzje indywidualne wraz z profesjonalnymi formami wsparcia powinna stanowić istotną formę działań na rzecz poprawy zdrowia.

Stwierdzenie to nie zwalnia państwa z działań na rzecz poprawy ochrony zdrowia obywateli. Ponieważ jednak współczesna nauka w stosunku do nowych zjawisk i zachowań społecznych nie jest wystarczająco skuteczna, stąd ujawniła się potrzeba podjęcia nowych działań, nieuchronnie związanych z rozpowszechnianiem zasad edukacji zdrowotnej jako ważnego kierunku poprawy stanu zdrowia, nie tylko poprzez leczenie chorób, ale też poprzez zapobieganie im.

W aplikacyjnym wymiarze polityki zdrowotnej mieści się też zagadnienie zarządzania zdrowiem. Poprzez zarządzanie zdrowiem należy rozumieć z jednej strony zarządzanie samym sektorem, z drugiej zaś zasobami zdrowotnymi, które wynikają z potrzeby działań na rzecz poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. Działania te są niewątpliwie wyzwaniem obecnych czasów, czasów chorób cywilizacyjnych. Choroby te mogą zostać ograniczone w wyniku z jednej strony rozwoju racjonalnego stosunku do własnego zdrowia, z drugiej zaś odpowiedniego dostępu i jakości usług medycznych, co związane jest właśnie z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia i jego zarządzaniem. Zadaniem tego systemu jest zmniejszanie różnic w poziomie usług medycznych i dysproporcji w stanie zdrowia oraz zapewnienie równych szans w umacnianiu potencjałów zdrowotnych. Celem ochrony zdrowia jako systemu jest taka organizacja procesu leczenia, która ma zapewnić warunki medyczne do wszechstronnej opieki nad pacjentem. Ma to swoje odbicie w metodach świadczenia usług zdrowotnych. Wymagana jest ciągłość opieki z orientacją na utrzymanie zdrowia, a to pociąga za sobą spójność zarządzania zarówno całym sektorem, jak i systemem, w tym i organizacjami ochrony zdrowia. W zarządzaniu ochroną zdrowia podnosi się ponadto szczególnie wagę kreatywnego rozstrzygania o kluczowych problemach organizacji poprzez między innymi stałe podnoszenie kwalifikacji całego personelu. W tym wypadku mówi się nawet o zarządzaniu ponad barierami.

Zarządzanie ochroną zdrowia – z uwagi na tok postępowania i rozumienia organizacji oraz specyfikę świadczonych usług – różni się od zarządzania innymi sektorami. Różnice te wynikają z faktu, że pacjenci nie postępują jak typowi konsumenci. Wśród przyczyn tych różnic można wymienić to, że pacjenci:

- a) nie mają pełnej informacji, jaki rodzaj świadczeń byłby dla nich odpowiedni, przez co muszą zaufać profesjonalistom medycznym, tzn. występuje asymetria informacji,
- b) nie mogą poznać cech usługi czy produktu przed skonsumowaniem ich, tzn. nie mają możliwości sprawdzenia jakości przed jak i po ich uzyskaniu,
- c) w dalszym ciągu mimo upowszechnienia Internetu mają utrudnione zrzeszanie się w wypadku nieodpowiedniego leczenia – w celu walki o swoje prawa,
- d) mają trudność w rozpoznaniu dróg dochodzenia do zdrowia.

Również dostawcy usług medycznych nie zachowują się tak samo, jak inni przedsiębiorcy. Wśród powodów można wymienić to, że:

- a) inwestycje w sferze medycznej są ograniczane wysokimi barierami wejścia i wyjścia,
- b) reklama i jawna konkurencja są zakazane w branży medycznej,
- c) kodeks etyki lekarskiej nakazuje służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu, a także przeciwdziałać cierpieniu oraz zapobiegać chorobom,
- d) świadczeniodawcy powinni nieść pomoc chorym bez względu na różnice majątkowe między nimi, co powoduje, że zysk nie powinien być głównym celem pracy lekarzy,
- e) rośnie świadomość pacjentów.

Wymienione cechy, które charakteryzują świadczeniobiorców i świadczeniodawców wskazują, że cały sektor ochrony zdrowia, jak i podmioty lecznicze mają utrudnione funkcjonowanie szczególnie w warunkach gospodarki rynkowej. Organizacje medyczne istnieją w dynamicznym otoczeniu podatnym na zmiany technologii i dużą konkurencyjność. Mają też różne zadania i cele do zrealizowania, co wpływa na zróżnicowane profile działalności oraz zróżnicowane zasoby ludzkie, dzięki którym można realizować te zadania.

Podmioty te są też zróżnicowane pod względem zadań i celów związanych z otoczeniem zewnętrznym oraz wewnętrzną organizacją pracy, a także metod zarządzania. Otoczenie zewnętrzne dotyczy rozwoju nowych technologii, regulacji prawnych, zmieniającej się liczby i struktury ludności, oczekiwań klientów. Na otoczenie wewnętrzne składają się koszty leczenia i sposoby ich rozliczania, marketing usług zdrowotnych czy reklama. Ponieważ podmioty te kładą duży nacisk na zaspokajanie potrzeb klientów, stąd wybierają różne strategie walki z konkurencją<sup>27</sup>.

Dla prawidłowego funkcjonowania sektora ochrony zdrowia istotna jest diagnoza potrzeb zdrowotnych – szacowanie potrzeb zdrowotnych rozumianych jako określenie zjawisk społecznych i ich charakterystyk na podstawie badań empirycznych.

---

<sup>27</sup> V. Korporowicz, *Zarządzanie progresywne – idea i pojęcia podstawowe*, w: *Zarządzanie progresywne zdrowiem. Kierunki, strategie, metody*, red. nauk. V. Korporowicz, Wolters Kluwer, Warszawa 2015, s. 35.

Badanie takie dotyczy stanu zdrowia społeczeństwa i przebiegających w nim procesów, a odbywa się poprzez obserwację, opis oraz sklasyfikowanie zjawisk czy procesów ludnościowych. Poprawnie przeprowadzona diagnoza jest niezbędnym warunkiem zarządzania zdrowiem.

Z punktu widzenia funkcjonowania systemu zdrowotnego fundamentalne wydaje się stworzenie podstaw ideologicznych i instytucjonalnych zabezpieczenia zdrowotnego jako integralnej części systemu zabezpieczenia społecznego, na który składają się tworzone z inicjatywy państwa rozwiązania służące zapewnieniu określonym podmiotom ustalonego standardu bezpieczeństwa socjalnego. Z zabezpieczeniem tym łączy się zagadnienie ryzyka społecznego jako zagrożenie zdarzeniem, którego zaistnienie spowoduje stratę (w posiadanych lub spodziewanych) zasobach gospodarstwa domowego.

\*\*\*

Badania na gruncie nauk o polityce publicznej mają charakter wielowątkowy. Wielowątkowość ta wynika zarówno ze specyfiki oraz charakteru poszczególnych dyscyplin, jak i licznych czynników warunkujących procesy społeczne w dynamicznie zmieniającej się przestrzeni publicznej, która jest opisywana, ale często nie do końca zidentyfikowana. W przestrzeni tej zawarty jest też problem ochrony zdrowia społeczeństwa podejmowany między innymi na gruncie polityki zdrowotnej.

Co do polityki zdrowotnej, która wywodzi się z polityki publicznej, a wcześniej z polityki społecznej, to w istniejących definicjach brak jest odniesienia do „potrzeb zdrowotnych”, które są fundamentalną przyczyną pojawienia się i rozwoju polityki zdrowotnej oraz infrastruktury ochrony zdrowia. Można jedynie przypuszczać, że ta kategoria jest obecna, ale niewyrażona, ponieważ trudno sobie wyobrazić liczne działania i podejmowane decyzje, bez zidentyfikowania realnych potrzeb tak, aby poprzez system zdrowotny można było je zaspokajać. Jeżeli zatem przyjmujemy, że podstawowym elementem rozumienia polityki zdrowotnej są potrzeby, to znaczy, że należy je uwzględniać w bieżącej polityce publicznej.

Potrzeby zdrowotne uświadomione i nieuświadomione powinny być brane pod uwagę, wręcz kreowane przez systemy edukacyjne. Mowa tutaj o edukacji zdrowotnej, celem której jest wskazanie korzyści wynikających z dobrego stanu zdrowia – tego, że człowiek może skutecznie uczyć się, pracować, cieszyć się życiem pod warunkiem, że ma dobre zdrowie. Zadaniem tego typu edukacji jest przygotowanie do niezależnego, twórczego życia. Stąd problematyka zdrowia i jego poprawy powinna uzyskać w edukacji zdrowotnej najwyższy priorytet. Dlatego należy prowadzić określone oddziaływania społeczne, skierowane głównie do dzieci i młodzieży, chociaż coraz częściej podkreśla się wagę edukacji dorosłych – stosownie do funkcjonujących w danym społeczeństwie idei i celów społecznych.



Uważa się jednocześnie, że obecna realizacja zaleceń edukacji zdrowotnej jest podstawowym prawem publicznym każdego człowieka. Powinna dać impuls do zmiany zachowań z negatywnych na pozytywne i dzięki temu pomagać w utrzymaniu zdrowotnego stylu życia. Edukacja ta ugruntowuje wiedzę na temat zdrowia oraz prozdrowotnych umiejętności i nawyków, w tym zapobiega licznym chorobom, również zakaźnym, sprzyja działaniom ratowniczym (pierwsza pomoc w nagłych wypadkach), wskazuje na zasady użycia leków, co w konsekwencji doprowadza do ogólnej poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.

W aplikacyjnym podejściu do polityki zdrowotnej należy też uwzględnić sprawne zarządzanie całym systemem zdrowotnym oraz poszczególnymi podmiotami leczniczymi. Jednak nadal występuje błędne przekonanie, że aby poprawić stan zdrowia społeczeństwa wystarczy sama troska o pacjentów i dbanie o dobrą kondycję finansową podmiotów leczniczych. Jednak nie są to wszystkie komponenty nowoczesnego zarządzania. Wynika to z faktu, że obecnie zmienia się model ochrony zdrowia z opieki naprawczej, tzn. leczenia ostrych przypadków chorobowych, na medycynę zapobiegawczą<sup>28</sup>. Nie stanowi ona żadnej dyscypliny nauki, lecz jest raczej punktem widzenia przyjętym przez różne specjalizacje, nie tylko medyczne, jako swego rodzaju „narzędzie” stosowane w celu ograniczania chorób przez leczenie nieinwazyjne lub mało inwazyjne, niewymagające pobytu pacjenta w szpitalu i kosztownych procedur medycznych<sup>29</sup>. Za podejściem zapobiegawczym przemawia fakt, że społeczeństwa w miarę swojego rozwoju nie uwalniają się od chorób. Pojawiają się nowe, a stare mogą zmieniać swoją formę, co powiązane jest z jednej strony z wydłużeniem trwania życia ludności, z drugiej zaś z postępem technicznym i technologicznym, który poprawia możliwość diagnozy chorób oraz wpływa na nowe, skuteczniejsze metody ich leczenia. Jednak często generuje wysokie koszty.

Zmiany te mają swoje odbicie w metodach świadczenia usług zdrowotnych zidentyfikowanych na gruncie polityki zdrowotnej, która proponuje ciągłość opieki z orientacją na utrzymanie i promowanie zdrowia. Takie podejście wymaga nowego typu zarządzania zarówno całym sektorem, jak i organizacjami ochrony zdrowia, gdyż zdrowie oraz opieka medyczna są nie tylko towarem, lecz stały się także podstawowym prawem publicznym każdego człowieka.

<sup>28</sup> Uważa się, że w opiece zdrowotnej medycyna naprawcza jest nieporównanie mniej skuteczna i bardziej kosztowna niż zapobiegawcza, a mimo to państwa nadal kładą nacisk przede wszystkim na nią i jednocześnie nie doceniają profilaktyki.

<sup>29</sup> Obejmuje między innymi farmakoterapię, fizjoterapię, terapię zajęciową oraz programy edukacyjne dla pacjentów (dieta, odpowiedni tryb życia). Przeciwnieństwem leczenia zachowawczego jest np. leczenie chirurgiczne.



## Bibliografia

- Agénor P.R., *Public capital, growth and welfare. Analytical foundations for public policy*, Princeton University Press, Princeton, Oxford 2013.
- Boardman A., Greenberg D., Vining A., Weimer D., *Cost-Benefit Analysis: concepts and practice*, Prentice Hall, London 2010.
- Chrabąszcz R., Zawicki M., *Nauki o polityce publicznej*, w: *Wprowadzenie nauk o polityce publicznej*, red. nauk. M. Zawicki, PWE, Warszawa 2014.
- Colander D.C., *Complexity and the art of public policy. Solving society's problems from the bottom up*, Princeton University Press, Princeton, New York, Oxford 2014.
- Frąckiewicz L., *Konsumpcja społeczna*, AE im. K. Adamieckiego, Katowice 1991.
- Frąckiewicz L., *Polityka ochrony zdrowia*, w: *Ochrona zdrowia jako problem konsumpcji społecznej*, red. L. Frąckiewicz, AE im. K. Adamieckiego, Katowice 1991.
- Gawel A., *Teoretyczne konteksty wychowania zdrowotnego*, „Kwartalnik Pedagogiczny” 2005, nr 2.
- Gilejko L., *Zmiany w strukturze społecznej – dylemat granic zróżnicowania*, w: *Polityka społeczna. Globalna i lokalna*, red. A. Kurzynowski, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 1999.
- Głowacka M.D., *Wybrane uwarunkowania zarządzania promocją zdrowia*, w: *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe*, red. M.D. Głowacka, Wolumin, Poznań 2000.
- Health policy*, w: *Health topics*, WHO, [http://www.who.int/topics/health\\_policy/en/](http://www.who.int/topics/health_policy/en/), dostęp 13.05.2015.
- Jardel J.P., *Epidemiology and ethics. The policy-maker's perspective*, w: *Ethics and epidemiology. International guidelines*, red. Z. Bankowski, J.H. Bryant, J.M. Last, Geneva 1991.
- Karski J.B., *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*, CeDeWu, Warszawa 2003.
- Kemm J., Close A., *Health promotion. Theory and practice*, MacMillan, London 1995.
- Korporowicz V., *Polityka zdrowotna i ludnościowa w Polsce jako przykłady polityki publicznej*, w: *Polityka publiczna we współczesnym państwie*, red. nauk. J. Osiński, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2014.
- Korporowicz V., *Promocja zdrowia. Kształtowanie przyszłości*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2008.
- Korporowicz V., *Zarządzanie progresywne – idea i pojęcia podstawowe*, w: *Zarządzanie progresywne zdrowiem. Kierunki, strategie, metody*, red. nauk. V. Korporowicz, Wolters Kluwer, Warszawa 2015.
- Kurzynowski A., Błędowski P., *Polityka społeczna centralna, regionalna i lokalna*, w: *Polityka społeczna*, red. A. Kurzynowski, Oficyna Wydawnicza SGH Warszawa 2003.
- Lasswell H.D., Dwight H., *World revolutionary elites. Studies in coercive ideological movements*, M.I.T. Press, Cambridge 1965.
- Miśkiewicz M., *Ochrona zdrowia*, w: *Polityka społeczna*, red. A. Rajkiewicz, PWE, Warszawa 1976.
- Nagel S.S., *The policy studies perspectives*, “Public Administration Review” 1980, no. 4.

Patric D.L., Ericson P., *Health status and health policy*, Oxford University Press, Oxford, New York 1993.

*Polityka publiczna we współczesnym państwie*, red. J. Osiński, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2014.

Włodarczyk W., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne "Vesalius", Łódź, Kraków, Warszawa 1996.